

FACULTE

MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N°

246

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

André BOUTIN

Né le 22 Avril 1899, à Auxy-le-Château

Contribution à l'Etude
des perforations de la vésicule biliaire lithiasique
en péritoine libre

Président : M. LEJARS, Professeur

PARIS

JOUBE & C^o, EDITEURS

15 Rue Racine, 15

1927



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152002_0026

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

André BOUTIN

Né le 22 Avril 1899, à Auxy-le-Château

Contribution à l'Étude
des perforations de la vésicule biliaire lithiasique
en péritoine libre

Président : M. LEJARS, Professeur

PARIS

JOUBE & C^{ie}, EDITEURS

15, Rue Racine, 15

1927

LE DOYEN M. ROGER

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBE.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	{ GILBERT.
	{ BEZANÇON.
	{ ACHARD.
	{ WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	{ DELBET.
	{ HARTMANN.
	{ LEJARS.
	{ GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE.
	{ BRINDEAU.
	{ JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.. ..	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ABRAMI Pathologie médicale
 ALGRAVE .. Pathologie chirurgicale.
 AUBERTIN . Pathologie médicale
 BASSET Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN .. Pathologie médicale
 BINET Physiologie.
 BLANCHE-
 TIERE Chimie biologique.
 BRANCA Histologie.
 BRULE Pathologie médicale
 BUSQUET... Pharmacologie et
 matière médicale.
 CADENAT... Pathologie chirurgicale.
 CHAMPY Histologie.
 CHIRAY Pathologie médicale
 CLERC Pathologie médicale
 DEBRE Hygiène.
 I. DE JONG . Anatomie pathologique.
 DUVOIR Médecine légale.
 ECALLE Obstétrique.
 FIESSINGER Pathologie médic.
 FOIX Pathologie médicale
 GARNIER .. Pathologie expérimentale.
 HARVIER.... Pathologie médicale
 HEITZ-BOYER Urologie.
 HOVELACQUE Anatomie.

MM.

JOYEUX ... Parasitologie.
 LABBE Henri Chimie biologique
 LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER.. Obstétrique.
 LEMAITRE . Oto-rhino-laryngologie.
 LEVY SOLAL Obstétrique.
 LHERMITTE Pathologie médicale
 LIAN Pathologie médicale
 MATHIEU... Pathologie chirurgicale.
 METZGER .. Obstétrique.
 MOCQUOT .. Pathologie chirurgicale.
 MONDOR ... Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 MULON Histologie.
 PHILIBERT Bactériologie.
 RIBIERRE .. Pathologie médicale
 RICHET Fils.. Physiologie.
 TANON Pathologie médicale
 VAUDESCAL Obstétrique.
 VERNE Histologie
 VILLARET .. Pathologie médicale.
 WELTER ... Ophthalmologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GOUGEROT.. Pathologie médicale
 GUENIOT ... Obstétrique

MM.

RETTERER . Histologie.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.
AUVRAY.....	Clinique chirurgi- cale.	LERI Clinique médicale.
CHEVASSU.	Clinique chirurgi- cale.	LÆPER Clinique médicale.
LAIGNEL-LA- VASTINE ..	Clinique médicale	PROUST Clinique chirurgi- cale.
LEREBOUL- LET	Clinique médicale infantile.	N Clinique médicale.
		SCHWARTZ . Clinique chirurgi- cale.

V. — CHARGES DE COURS

MM; MAUCLAIRE, agrégé . { Chargé du cours de chirurgie orthopédi-
que chez l'adulte pour les accidentés
du travail, les mutilés de guerre et les
infirmes adultes.

FREY Stomatologie.
CHAILLAY BERT.... Education physique.
LEDOUX-LEBARD .. Radiologie clinique.

*Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opi-
nions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être
considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner
aucune approbation ni improbation.*

A M. le Professeur LEJARS

Chirugien des Hôpitaux de Paris

*qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la Présidence de notre
Thèse.*

A mon PERE

Le Docteur BOUTIN

A mon BEAU-FRERE

Le Docteur PRUVOST

AUX MIENS

A MES AMIS

A mes maîtres de l'Ecole de Médecine d'Amiens

MM. Les Professeurs MOULONGUET

— — MERLE

— — HAUTEFEUILLE

A mes maîtres dans les Hôpitaux de Paris

MM. Les Professeurs BRINDEAU

— — CLAUDE

— — GUILLAIN

— — JEANSELME

— — LEGUEU

— — SEBILEAU

— — TERRIEN

— — TEISSIER

Monsieur le Docteur Du CASTEL, Médecin
de l'Hôpital Bon-Secours

Monsieur le Docteur Jean QUENU, Chirurgien
de l'Hôpital Bon-Secours

INTRODUCTION

Cette thèse est une modeste contribution à l'étude des perforations de la vésicule calculeuse en péritoine libre.

L'idée nous en est venue à la suite d'un cas que nous avons observé l'année dernière à l'hôpital Bon-Secours, dans le service de M. Jean Quénu.

M. V. Pauchet a bien voulu nous confier les observations de 8 malades qu'il a opérés personnellement.

On trouvera ci-dessus exposées ces intéressantes observations, qui ont été le point de départ de notre travail, et en constituent la partie documentaire inédite.

La question ayant été amplement traitée dans son ensemble en 1911 par MM. Cotte et Arnaud, en 1925 par MM. Gosset, Desplas et Bonnet, nous nous sommes surtout attaché à étudier certains points particuliers concernant le diagnostic et le traitement de ce grave accident.

A la petite série d'observations inédites que nous apportons, nous avons pensé faire œuvre utile en ajoutant un certain nombre d'observations parues récemment dans la littérature française et étrangère, et qui ne figurent point dans les deux mémoires ci-dessus indiqués.

Nous avons trouvé seulement huit cas, dont nous reproduisons l'observation à la suite de nos 10 observations personnelles. Soit un total de 18 observations nouvelles dont nous avons pu faire état pour nos conclusions.

Nous avons donné de même l'indication bibliographique des articles et travaux parus sur la question depuis 1925, en spécifiant celles de ces publications que nous avons pu consulter, et celle qu'il nous a été impossible de nous procurer.

Nous tenons à remercier ici M. Jean Quénu, qui nous a inspiré ce travail et aidé de ses conseils, et M. Victor Pauchet, qui a bien voulu nous donner l'appoint de ses 8 observations personnelles.

DELIMITATION DU SUJET

Nous éliminons de notre étude les perforations des vésicules non lithiasiques : cholécystites gangréneuses de la fièvre typhoïde, de la puerpéralité; les perforations à bas bruit, préparées par des adhérences, aboutissant aux abcès péri-cholécystiques, aux abcès sous-phréniques, aux fistules biliaires cutanées, aux fistules cholécysto-duodénales par où peuvent passer les gros calculs qui donnent l'iléus biliaire.

Nous n'étudions que les perforations de la vésicule biliaire *lithiasique en péritoine libre*. Dans nos observations la vésicule est libre sans adhérence, aucun cloisonnement n'a eu le temps d'organiser la défense sous-hépatique, le péritoine libre est d'emblée envahi par le contenu de la vésicule.

Ce contenu va suivre un trajet qui est toujours le même, il glisse dans la gouttière pariéto-colique droite vers la fosse iliaque droite et s'accumule dans le cul-de-sac de Douglas.

HISTORIQUE

En 1891, Courvoisier a réuni 119 observations de perforation de la vésicule biliaire, mais sans intervention chirurgicale.

En 1899, Bricka, dans sa thèse, en groupe plusieurs cas, mais un seul où l'on soit intervenu chirurgicalement.

En 1911, Cotte et Arnaud en publient 76 observations, la même année, Marconnet, en 1912 Thebault, en 1918 Delahaye y consacrent leur thèse.

En 1925, le Professeur Gosset, Desplat et Bonnet, dans un très intéressant travail basé sur l'étude de 111 observations, dont 4 personnelles, soulignent l'extrême gravité de cette complication de la lithiasie biliaire, et insistent plus particulièrement sur la question du traitement.

En 1926, Wathers Fifield en Angleterre, Bertone en Italie, Chenut et Guérin de Bordeaux rapportent chacun une observation.

En 1927, Bonamy, à la Société des Chirurgiens de Paris, présente trois cas de ruptures vésiculaires, mais une seule lithiasique. Il préconise dans un premier temps le simple drainage de la loge sous-hépatique et dans un second temps la cholécystectomie.

ETIOLOGIE

Fréquence. — La perforation de la vésicule est une complication rare de la lithiase biliaire. D'après Mac Williams, sur 3.180 opérés sur les voies biliaires, il n'en est que 29 qui aient été pratiquées à propos de cet accident. D'après Fifield, en 25 ans, sur 1.066 cas de cholécystique avec ou sans lithiase observés au London Hospital, il y a eu 28 cas de perforation de la vésicule enflammée, dont 26 avec calculs.

Sexe. — Sur les 18 cas qui servent de base à ce travail, le sexe est indiqué, il sagissait 11 fois de femmes, 7 fois d'hommes.

L'âge est noté dans 14 cas: la plus jeune des malades (observ. I) avait 31 ans, la plus âgée, 65 ans (observ. X). L'âge moyen est, d'après notre statistique, de 41 ans, soit sensiblement plus jeune que ne l'indiquent les statistiques précédemment publiées.

Antécédents. — D'une manière à peu près constante, chaque fois que l'on a pu avoir des renseignements sur le passé de ces malades, on trouve la notion de crises douloureuses plus ou moins caractérisées, remontant à plusieurs mois et même le plus souvent à plusieurs années.

Il s'agit souvent de malades chez lesquels on a fait plusieurs fois le diagnostic de colique hépatique, qui

ont été traités médicalement pour leur cholécystite: notre malade de l'observation I avait eu depuis 15 mois, trois crises nettes dans la région épigastrique et dans l'hypocondre droit, avec subictère, avec éruption d'urticaire. Les malades des observations II — III — IV — V — VII, 2 et 4 avaient présenté des crises douloureuses analogues assez bien caractérisées; plusieurs avaient même fait des cures thermales à Vichy.

Dans d'autres cas, les crises douloureuses existent bien dans le passé de ces malades, mais n'ont pas été rapportées à leur cause exacte, parfois même à une cause erronée, c'est ainsi que les malades des observations VI — VIII — et I étaient soignés, le dernier depuis 10 ans, pour des ulcères d'estomac.

Cause occasionnelle. — Le traumatisme peut jouer un rôle dans cette complication: une chute sur le ventre, un choc parfois peu important sur la paroi abdominale antérieure. Parfois même il s'agit d'un effort physiologique: toux, éternuement, effort de défécation.

Ces facteurs traumatiques sont à retenir; ils ne jouent en réalité un rôle efficace que s'ils agissent sur une vésicule atteinte d'altérations importantes provoquées par la lithiase.

Dans la plupart des observations, la perforation s'est faite spontanément, sans cause extérieure appréciable. Fifield, sur 28 observations, ne note qu'un seul cas de rupture traumatique. Dans nos 18 observations nous n'en trouvons aucun.

PATHOGENIE

I. — MÉCANISME DE LA PERFORATION

Suivant l'exemple de Gosset, nous schématisons les divers processus des perforations en trois groupes différents, causes mécaniques, causes trophiques, causes infectieuses.

1° Causes mécaniques

a) *Rupture par surdistension.*— Un calcul peut obstruer le cystique (Cotte et Arnaud, Observ. 1 et 67) ou l'hépto-cholédoque; par réflexe, la vésicule distendue se contracte et cherche à expulser le calcul. Soit en même temps un effort ou un choc sur la paroi abdominale antérieure, la vésicule distendue se trouve serrée entre la face inférieure du foie et les viscères abdominaux; le cholédoque étant bouché, la bile ne peut s'écouler dans l'intestin et fait éclater la vésicule. Cette rupture se fait par subdistension, la déchirure dans ce cas est très large. Ce mécanisme est assez rare.

b) *Pression d'un calcul en un point.* — Un calcul siégeant depuis longtemps en un point fixe de la vésicule, s'enclave (Observ. 1 et 4), use le point sur lequel il repose, écarte par son propre poids les fibres mus-

culaires qui se disjoignent et n'offrent plus de résistance (C. Quénu). Les contractions de la vésicule augmentent peu à peu la pénétration du calcul, qui, un beau jour, lors d'une crise aiguë, perforera la paroi.

2° Causes trophiques

D'après Mac Williams, l'altération de la vésicule serait due à des troubles circulatoires: soit thrombose vasculaire, soit pression du calcul sur les vaisseaux, déterminant l'ischémie du territoire irrigué. Cette hypothèse est purement théorique et nous n'avons aucune observation à son appui.

3° Causes infectieuses

Par suite de l'infection vésiculaire, il se forme une ulcération qui peut aboutir à une véritable gangrène avec perte de substance (Observ. 2), ces cas sont assez rares où la perforation est due à une cause purement infectieuse. Ordinairement, dans les différents modes de rupture, tous ces mécanismes se combinent.

L'action de l'un des facteurs prédomine peut-être, mais il est impossible dans les cas habituels de faire la part exacte qui revient à chacun d'eux.

II. --- CONSÉQUENCES DE LA PERFORATION

La vésicule étant perforée par l'un des mécanismes que nous venons d'étudier, la bile s'écoule en abondance dans la cavité péritonéale, suit le côlon ascen-

dant et descend jusque dans le cul-de-sac de Douglas, déterminant des lésions de péritonite généralisée, d'allure plus ou moins aiguë et plus ou moins grave, suivant la virulence du liquide épanché. Cotte et Amand ont établi à ce point de vue une distinction qui mérite d'être conservée.

a) *La vésicule rompue était-elle atteinte de lésions aiguës ?*

La bile hyperseptique répandue dans le péritoine, détermine l'éclosion rapide d'une péritonite aiguë généralisée: C'est ce qui se voit au cours des formes gangréneuses et phlegmoneuses. La perforation est alors due à une infection grave, par des microbes en pleine liberté qui se développent dans une vésicule close par un calcul des voies biliaires. La bile forme un excellent bouillon de culture qui exalte la virulence des germes, et permet à l'infection de se manifester par la nécrose ou la gangrène. Le tableau est alors analogue à celui que donne l'appendice gangréneuse.

b) *Dans le second cas, il s'agit d'anciennes vésicules lithiasiques*, à parois usées, érodées par le calcul et qui se perforent à l'occasion d'un traumatisme ou d'une très légère infection. Là encore le péritoine, n'ayant pas eu le temps d'organiser sa défense, se laisse envahir, mais par une bile presque aseptique. Le tableau de rupture sera le même que dans le premier cas, mais l'établissement d'une péritonite généralisée ne se fera que progressivement, parfois en plusieurs jours. (Observ. X).

En effet, l'infection de cette bile presque saine se fera secondairement, au contact des anses intestinales irritées par où émigreront les germes dangereux. Comme cette infection ne se fait pas d'emblée, on comprend qu'une intervention opportune ait plus de chance, dans ce deuxième groupe de cas, d'enrayer l'évolution de l'infection péritonéale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE CHIRURGICALE

La rupture des voies biliaires se faisant dans la grande cavité, nous aurons à étudier les lésions vésiculaires et les lésions péritonéales concomitantes.

1° Lésions de la vésicule biliaire

Au cours de l'intervention, on peut se trouver en face d'une vésicule énorme, pleine de bile et de pus, ou au contraire avoir affaire à une vésicule petite, scléreuse. La grosse vésicule se rencontre surtout au cours des cholécystites aiguës (Observ. 2). Si l'intervention est précoce, on remarque presque toujours dans ce cas un calcul plus ou moins piriforme formant soupape à travers une toute petite perforation (Observ. 4).

Les petites vésicules rétractées se rencontrent chez les vieux lithiasiques (Observ. VIII); elles répondent au type anatomique de la vésicule scléro-atrophique, processus d'évolution des cholécystites calculeuses.

Des plaques de sphacèle facilement reconnaissables peuvent parsemer les parois de la vésicule (Observ. II, V, VII, VIII), elles correspondent souvent aux zones ischémiées par la pression du calcul, ou frappées au maximum par l'infection. Les parois peuvent être friables et se laisser facilement déchirer, d'au-

tres fois elles sont dures, calcifiées et crient sous le bistouri.

Caractères des perforations. — *Siège.* — Ordinairement, cest sur le fond que se produisent les solutions de continuité. Courvoisier trouve la rupture 28 fois sur le fond, 4 fois sur le corps et 3 fois sur le col. Marconnet indique: 3 fois sur le fond, **7 fois** sur le col, 7 fois sur la face inférieure, 2 fois sur la face supérieure. D'après Gosset, le fond serait atteint 32 fois, le corps 16 fois. Dans nos observations spécifiant le siège, nous trouvons 7 fois le fond, 2 fois le col.

Nombre. — L'orifice est ordinairement unique, probablement parce qu'il se produit immédiatement après la perforation, une chute de pression intra-vésiculaire. Ils peuvent être multiples, comme dans notre observation 3, où il existait deux orifices contigus, à 3 centimètres du col.

Dimensions. — Les perforations sont parfois très petites, comme une tête d'épingle, et échappent à un examen attentif; mais souvent elles dépassent un centimètre. Dans l'observation d'Hartig, la déchirure avait 6 centimètres et entamait toute la paroi de la vésicule. De cette déchirure le sang coulait à flots. La perforation est le plus souvent à l'emporte-pièce, réalisée presque toujours par la chute d'une plaque de spbacèle dont les bords sont grisâtres.

2° Lésions péritonéales

La bile épanchée crée dans le péritoine des lésions

en rapport avec le degré de septicité du liquide et du pouvoir de défense du péritoine. Mais nous savons maintenant qu'elle n'est plus considérée comme microbicide et anti-toxique, qu'elle est au contraire un excellent milieu de culture. (Expérience de Noëtzl).

Elle irrite, altère l'endothélium de la séreuse, ce qui favorise le développement microbien.

Dans les cas que nous étudions (perforation en péritoine libre), les adhérences n'ont pas eu le temps de s'organiser pour former une barrière à cette invasion septique. L'épanchement se fait librement dans la grande cavité, par une loge sous-hépatique entièrement libre. Si on relève le bord inférieur du foie on constate entre ce bord et le côlon, un gros épanchement de bile, qui, descendant progressivement le long du côlon ascendant, vient remplir le Douglas.

L'épanchement est constitué par de la bile (Observ. I, III, X, 4) de la bile et du pus (Observ. I, IV, VIII, 2, 3), parfois du sang (Observ. 5).

A côté de ce cholépéritoine, il existe fréquemment une infiltration du tissu cellulaire sous-péritonial du pédicule hépatique et prérénal par un œdème bilieux (Observ 8), une coloration bilieuse de l'intestin et du péritoine pariétal une infiltration de l'épiploon (Observ. 3 X).

Si l'on intervient à une période avancée, on trouve des fausses membranes blanchâtres et friables sur les anses intestinales, et toutes les lésions habituelles de la péritonite purulente.

SYMPTOMATOLOGIE

Le début des accidents est brusque, souvent assez brusque pour que le malade puisse indiquer l'heure exacte du début; (notre malade de l'observation I a été prise à 13 heures, de douleurs épouvantables dans le côté droit du ventre avec vomissements), au point que cette heure semble marquer le moment où s'est produite la perforation.

Dans d'autres cas, l'interprétation est plus difficile; il semble que la perforation ait été précédée d'une crise douloureuse, manifestant soit un spasme de la vésicule, soit un processus inflammatoire aigu aboutissant à la perforation : « La crise débuta 4 jours avant son entrée à l'hôpital, 8 heures avant l'intervention, les douleurs sont très violentes » (obs. 4).

Les vomissements sont fréquents (Obs. I, II III, IV). Le pouls s'accélère, le facies exprime la douleur.

C'est à cette phase de début, que le chirurgien, s'il a le bonheur d'être appelé à la constater, recherchera et trouvera une contracture localisée qui s'étend de la ligne médiane au rebord costal droit (Obs. 4, X). Dure rigide, douloureuse, avec maximum dans la région vésiculaire, elle contraste avec le reste de la paroi qui est encore souple. Puis, rapidement on arrive à la phase d'état.

La douleur est alors vive, pongitive, transfixiante. Son siège n'est pas toujours aussi précis qu'on pourrait le croire, tout au moins au moment où on est appelé à voir le malade. Elle peut être généralisée à tout l'abdomen (obs. 4) maximum dans la fosse iliaque droite (Obs. 2, VIII) épigastrique (Obs. 1, II) paroxystique dans la partie inférieure gauche de l'abdomen (Obs. 5).

Quoiqu'il en soit, comme il s'agit de malades ayant déjà eu des coliques hépatiques, on pense généralement qu'il s'agit d'une nouvelle crise, et on accorde au malade la pique de morphine qu'il réclame. Elle ne suffit pas toujours à calmer ses douleurs (Obs. 2). La température s'élève ordinairement mais peut rester normale (Obs. 1, 5). Le pouls est petit, rapide 130/140, les urines sont peu abondante et foncées couleur acajou et contiennent des pigments biliaires. Il n'y a pas de gaz, pas de matière, ou très peu et dans ce cas elles sont alors plus ou moins décolorées. La contracture se généralise, le ventre devient de bois (Obs. I, III, 3). Certains observateurs ont noté : la disparition de la matité hépatique, (Obs. 1, 3) qui est sans doute le fait du ballonnement, au toucher, une douleur au niveau du Douglas et à droite (Obs. 1, 3), le bombement des culs de sac vaginaux (Obs. 5). Peu à peu le tableau clinique s'aggrave et perd tout caractère permettant de l'individualiser : La douleur se généralise à tout l'abdomen, les vomissements deviennent plus fréquents, porracés, le ventre se ballonne, la dyspnée apparaît, puis le hoquet. Les urines

sont rares, le pouls s'accélère de plus en plus.

C'est le tableau ultime de la péritonite aiguë généralisée, à laquelle le malade succombe au bout de deux ou trois jours.

EVOLUTION ET PRONOSTIC

Abandonnée à elle-même ou méconnue, la terminaison fatale ne se fait pas attendre, l'évolution est toujours mortelle et nous dirons même qu'elle se fait plus sournoisement et plus rapidement que dans les autres péritonites par perforation.

Le pronostic est donc très grave même après intervention il dépend évidemment de la précocité de cette intervention, mais en moyenne, la mortalité post-opératoire est d'après les auteurs de 50 %. A ce point de vue la série des cas que nous rapportons est exceptionnellement heureuse, puisqu'elle ne comporte que 4 morts sur 14 cas, soit une mortalité de 28,5 %.

Il est pourtant des cas où l'on est intervenu seulement 6, 8 ou 15 jours après le début des accidents. Ces observations sont à retenir, mais non à prendre comme exemple. Elles correspondent vraisemblablement à des cas où la bile était peu septique : or c'est là un élément qu'il est impossible d'apprécier cliniquement. Au surplus, l'heure exacte à laquelle la perforation s'est produite est bien difficile à déterminer dans tous les cas.

C'est le fait de notre malade de l'observation X qui mourut en hypothermie, sans intervention chirurgicale, 23 jours après le début des accidents. La bile était certainement d'une septicité très atténuée pour permettre une évolution aussi longue.

DIAGNOSTIC

I. — DIAGNOSTIC CLINIQUE

La question du diagnostic se pose dans des conditions différentes suivant que le malade est examiné précocement ou tardivement après le début des accidents, suivant que les renseignements sur son passé pathologique existent ou n'existent pas.

Etant donné que les antécédents de la lithiasé biliaire existent d'une manière pour ainsi dire constante, on devrait toujours pouvoir faire le diagnostic. Or, en pratique il n'est fait qu'assez rarement. Cela tient à deux raisons. D'abord, parce que le chirurgien peut n'être pas renseigné sur ces antécédents, soit qu'il néglige d'interroger le malade, ou son entourage, soit que l'état grave, la situation alarmante, la douleur intense empêchent l'interrogatoire approfondi. Ensuite parce que le malade, ou sa famille, ou son médecin, peuvent fournir sur ces antécédents douloureux des renseignements erronés, dus à une interprétation inexacte; la notion de crises douloureuses précédentes existe, mais ces crises ont été mises sur le compte d'un ulcus gastrique ou duodénal, d'une appendicite à répétition, ou de toute autre affection.

Dans ces conditions, le chirurgien ne peut suppléer à l'absence de renseignement, et redresser un diagnos-

tic précédent erronné, que s'il existe, au moment où il est appelé auprès du malade, des signes physiques d'une grande netteté.

Ces signes de localisation qui permettent, devant un syndrome péritonial aigu, de faire le diagnostic de rupture de la vésicule biliaire, sont au nombre de deux :

1° *Une douleur à la pression ayant son maximum au niveau de la région vésiculaire, c'est à dire approximativement à l'union du rebord costal et du bord externe du muscle droit du côté droit.*

2° *Une contracture limitée à cette même région, c'est à dire occupant le quadrant supéro-droit de l'abdomen.*

Encore ces deux signes ne sont-ils pas absolument pathognomoniques. Ils existent aussi dans la perforation des ulcères duodénaux. Dire que la douleur et la contracture sont plus médianes, est plausible lorsqu'il s'agit d'un ulcère gastrique; mais il me semble bien spécieux de vouloir établir cliniquement par la palpation une distinction topographique entre une perforation vésiculaire et une perforation duodénale : il suffit de songer que la vésicule repose par son fond sur le bulbe duodénal pour considérer combien illusoire peut être cette discrimination.

Nous pensons donc que ces signes physiques n'ont de valeur pathognomonique que s'ils coïncident avec des notions étiologiques biliaires nettes indiscutables.

On ne peut d'ailleurs espérer les trouver d'une manière fréquente que dans les premières heures qui

suivant la perforation. Ils disparaissent rapidement dès que l'épanchement envahit la cavité péritonéale, lorsque les phénomènes péritonéaux se généralisent. Au bout de 21 heures Jean QUENU (Observ. I) trouva « une contracture de la paroi, extrême et généralisée à tout l'abdomen, une douleur provoquée par la palpation extrêmement vive et uniformément vive en tous points » V. PAUCHET (observ. III), au bout de 36 heures, trouva lui aussi un ventre de bois, les signes de localisation étaient tellement absents qu'il crut à une hernie ombilicale étranglée.

A cette période, il peut même arriver que la douleur et la contracture aient leur maximum non plus dans l'hypocondre droit mais dans la fosse iliaque droite; peut être à cause de l'écoulement de la bile vers cette région, le long du méso-colon et du mésentère. Cette localisation de la douleur ou de la contracture est notée dans les observations II, VIII (V. Pauchet, 2 (Bonamy), et 3 (Chenut et Guérin). Dans ces conditions il n'est pas étonnant que le diagnostic d'appendicite ait été souvent porté, et que le chirurgien ait eu recours à l'incision iliaque.

Dans certains cas, les signes attiraient l'attention sur la fosse iliaque gauche, comme dans l'observation de Louis Bonnet, de Waters (Observ. 5).

De faits, les erreurs de diagnostic sont nombreuses. Dans les observations que nous rapportons et en nous en tenant aux cas dans lesquels un diagnostic est formulé avant l'intervention, ce diagnostic était : dans un seul cas, *cholécystite perforante* (Observ. V.

Pauchet) dans 4 cas *appendicite* (observ. 1, 2, 3 et X) dans deux cas *perforation d'ulcus* (Observ. II, I) dans un cas *occlusion intestinale* (Observ. 5) à cause du ballonnement considérable de l'abdomen, dans un cas enfin *hernie ombilicale étranglée* (Obs. III).

En lisant toutes les observations publiées, on constate que ce sont toujours les mêmes erreurs qui ont été commises, y compris la dernière qui peut sembler la plus étonnante : Neck crut, comme Pauchet, à une hernie ombilicale étranglée, Kummel, Thébault rapportèrent même les accidents à l'étranglement d'une hernie crurale.

Il faut bien dire que le diagnostic clinique exact de la lésion vésiculaire n'a pas une importance considérable. L'essentiel au point de vue pratique, est de faire le « diagnostic d'intervention » (Lejars), à une condition, c'est que le diagnostic exact soit fait au cours de l'opération.

Or ce diagnostic d'intervention s'impose pour ainsi dire dans la majorité des cas d'une manière plus ou moins impérieuse, d'une manière, hélas ! plus ou moins précoce.

La perforation vésiculaire en péritoine libre donne en général un syndrome abdominal assez impressionnant pour que le médecin, au siècle où nous vivons, songe à appeler le chirurgien, et pour que celui-ci n'hésite pas à intervenir, fût-ce avec le diagnostic vague de péritonite, fût-ce avec le diagnostic encore plus vague que les américains expriment par cette locution commode : « Acute abdomen ».

II. — LE DIAGNOSTIQUE OPÉRATOIRE

L'essentiel, avons-nous dit, est de faire le diagnostic d'intervention, à une condition, c'est que le diagnostic au cours de l'opération se transforme en diagnostic de localisation, que le chirurgien sache reconnaître l'organe siège de la lésion, aller à la vésicule perforée.

Or cette condition est facile à remplir dans les cas qui nous occupent. Nos observations en font foi.

La question se pose de manière un peu différente suivant qu'on a fait une incision haute ou une incision basse.

Si on a fait une incision haute, qu'elle soit verticale, horizontale ou oblique, épigastrique ou sous-costale, on peut directement explorer la vésicule et la question ne se pose pour ainsi dire pas.

Si on a fait une incision basse, éloignée de la lésion, laparotomie médiane sous-ombilicale ou incision de Mac Burney, le diagnostic de la perforation vésiculaire peut et doit encore être fait sur deux signes :

1° -- l'absence de lésion au niveau de l'organe supposé malade (appendice sain par exemple si on a fait le diagnostic de péritonite appendiculaire)

2° — et surtout la présence de bile dans le ventre. Dans l'immense majorité des cas de perforation de la vésicule, il y a de la bile dans la fosse iliaque droite, dans le cul-de-sac de Douglas, dans tout le ventre. Que ce soit de la bile pure jaune, facilement recon-

naissable, que ce soit un mélange de pus et de bile, que ce soit un liquide jaunâtre, brun, plus ou moins foncé, mais visqueux, l'identification est généralement facile. La bile, même modifiée, est aisément reconnaissable à sa couleur, à sa viscosité particulière, et ne saurait être confondue avec les autres liquides que l'on peut rencontrer dans l'abdomen. Or la présence de bile dans le ventre ne peut guère se présenter que dans deux éventualités : solution de continuité au niveau des voies biliaires, ou au niveau du duodéum. *La constatation de bile dans la région déclive de l'abdomen commande une incision haute pour l'exploration de ces organes : voies biliaires et duodéum.*

TRAITEMENT

INDICATION OPÉRATOIRE

Ayant longuement traité du diagnostic clinique et du diagnostic d'intervention, il nous reste peu de chose à dire des indications opératoires.

Lorsque le diagnostic est fait, il faut intervenir.

Nous avons essayé de démontrer qu'il faut intervenir même lorsque le diagnostic n'est pas fait.

Nous pensons qu'il faut être très large dans les indications opératoires, même lorsqu'il s'agit de cas presque désespérés en apparence, même lorsque les accidents datent de 24 heures et plus, puisqu'il y a des cas de guérison au bout de plusieurs jours après le début des symptômes alarmants.

L'ANESTHÉSIE

Sauf indication particulière, l'anesthésie générale nous semble préférable à l'anesthésie locale et même à l'anesthésie rachidienne, pour ces opérations qui comportent toujours un certain aléa, exigent une certaine liberté de mouvements du chirurgien, et peuvent nécessiter plusieurs incisions distinctes et éloignées.

L'INCISION

Si le diagnostic de la lésion est fait ou supposé, l'incision la meilleure est celle qui mène droit à la vésicule.

Nous n'avons pas à discuter ici des meilleures incisions pour l'abord de la vésicule. D'une façon générale, toute incision est bonne qui, sans trop de délabrement, mène sur l'organe qu'on veut traiter.

Ajoutons qu'en chirurgie d'urgence la bonne incision est celle qui permet d'explorer une région assez étendue, qui peut facilement être agrandie ou modifiée, en cours de route, à « la demande », pour faire face à toute éventualité et qui *permet de drainer convenablement*.

L'incision transversale sus-ombilicale droite de Sprengel réunit toutes ces conditions;

Si l'on part avec un diagnostic incertain, erroné, on fait presque fatalement une mauvaise incision. Une incision épigastrique, faite pour un supposé ulcère gastrique, peut être complétée par un débridement transversal vers la droite, comme l'a fait Pauchet (observ. II, VI). Une incision d'appendicite peut à la rigueur être prolongée vers l'hypocondre, comme l'ont fait Gosset, Bonnet, Braithwaite. Mais prolonger jusqu'à l'épigastre une incision sous-ombilicale, comme l'ont fait quelques opérateurs, semble inutilement délabrant.

Si l'on a fait une incision basse, le mieux, me semble-t-il, une fois la présence de bile constatée, est d'utiliser cette incision pour le drainage du Douglas, de la suturer, et de faire une deuxième incision qui mène directement à la vésicule comme l'ont fait Guibé, Mac Williams, Petit-Dutaillis, Jean Quénu (Observ. I) Pauchet (Obs. VIII). L'opération y gagnera en facilité, et la paroi en solidité.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Elle devra s'inspirer des principes suivants.

Sans doute on admet qu'une vésicule bouchée par un calcul du cystique peut se rompre par distension, par ulcération, compression d'un calcul en un point, par thrombose vasculaire. Sans doute l'examen bactériologique du liquide épanché a pu être exceptionnellement négatif. Il serait dangereux de baser sa pratique sur des faits de ce genre, qui constituent l'infime exception. Il faut aborder cette opération pénétré des idées suivantes : qu'une vésicule lithiasique qui se rompt est une vésicule septique, que ses parois et son contenu sont infectés, que la bile qui s'écoule par la perforation est une bile septique qui diffuse l'infection partout où elle se répand, que le malade qu'on opère est un malade menacé à bref délai de péritonite aiguë généralisée mortelle.

De ces considérations découlent les indications essentielles du traitement :

1° *Il faut par un moyen quelconque empêcher la bile infectée de continuer à se répandre dans l'abdomen;* TRAITEMENT DE LA VÉSICULE.

2° *Il faut drainer et isoler la région souillée :* TRAITEMENT DE L'ESPACE SOUS HÉPATIQUE.

3° *Il faut rendre possible l'évacuation de la bile déjà répandue dans la grande cavité péritoniale :* DRAINAGE DU PÉRITOINE AU POINT DÉCLIVE.

I. — TRAITEMENT DE LA VÉSICULE

Pour empêcher la bile de continuer à se répandre

dans l'abdomen, on peut soit tarir la source, soit endiguer l'écoulement, le diriger vers l'extérieur.

Tarir la source par la suture de la perforation, ou par la suppression de la vésicule.

Endiguer l'écoulement, le diriger vers l'extérieur par la cholécystostomie, ou par le drainage médiat.

De la suture nous ne parlerons que pour mémoire, c'est une opération illogique. Les faits ont montré que c'était une mauvaise opération : 4 morts sur 5 cas (statistique de Cotte et Arnaud).

La Cholécystectomie, c'est-à-dire l'ablation de la vésicule perforée, a été faite 33 fois sur les 111 cas rassemblés par MM. Gosset, Bonnet, Desplas; nous en apportons 5 cas nouveaux dont deux inédits (Obs. IV, VII, 1, 4, 5).

Les autres opérations sont des procédés de dérivation de drainage, ayant pour but, non pas d'arrêter l'écoulement de la bile, mais de l'amener au dehors.

On a fait des *cholécystostomies*. Autant qu'on peut en juger par les comptes rendus opératoires qui manquent souvent de précision, il ne semble pas qu'on ait fait souvent la véritable cholécystostomie, c'est-à-dire l'abouchement à la peau de la vésicule ouverte. Il semble qu'on ait groupé sous ce nom, pour les opposer seulement à la cholécystectomie, un certain nombre d'opérations atypiques de drainage plus ou moins médiat. MM. Gosset, Desplas et Bonnet ont rassemblé 38 cas de ce genre, nous en apportons 7 (obs. II, V, VI, 3, 6, 7, 8). Le plus souvent, on s'est contenté d'inciser plus ou moins largement la vésicule, d'en ex-

traire les calculs qui se présentaient, et d'y placer un drain.

Lorsque la perforation siégeait sur le fond, ou à son voisinage, ce qui est fréquent, l'incision n'a fait qu'agrandir la brèche vésiculaire. C'est ce qu'ont fait, dans des observations que nous rapportons MM. Pouchet, (Obs. II, VI) Chenut et Guérin (Obs. 3). Quelques opérateurs ont fait un peu plus, ils ont excisé la partie sphacélée de la perforation, comme l'a fait MM. Pouchet dans le cas V.

Dans un cas, (Obs. I) M. J. Quénu, qui avait affaire à une perforation du fond, a enlevé presque toute la vésicule malade; il n'en a gardé qu'un petit entonnoir juste suffisant pour recevoir un drain de calibre convenable, qu'il a fixé. Il a fait *une cholécystectomie subtotale avec drainage de la voie biliaire accessoire*. Nous aurons l'occasion de revenir sur ce dernier point.

Enfin quelques chirurgiens n'ont absolument rien fait sur la vésicule : Il se sont contentés d'un drainage et d'un tamponnement de la région sous-hépatique, avec ou sans drainage complémentaire du cul-de-sac de Douglas. MM. Gosset, Desplas et Bonnet comptent 11 cas de ce genre; nous en apportons 4 nouveaux (Obs. III, VIII, IX, 2).

Telles sont les opérations qui ont été pratiquées, quelle est la valeur de ces opérations ? Pour apprécier cette valeur, nous ne considérons que les résultats immédiats de l'opération, pour la bonne raison que les observations, sauf de très rares exceptions ne con-

tiennent aucun renseignement sur les résultats éloignés. Aussi bien s'agit-il avant tout de sauver la vie du malade, immédiatement menacée. Le petit tableau ci-joint donne une idée de ces résultats, suivant la technique employée.

Parmi les observations que nous apportons nous comptons (1) :

5 cholécystectomies, avec 2 guérisons et 3 morts;

7 opérations de drainage de la vésicule, avec 4 guérisons et 3 morts;

4 opérations au cours desquelles on n'est pas intervenu directement sur la vésicule, 4 guérisons.

Evidemment, cette statistique est beaucoup trop infime pour que nous puissions en tirer parti. Aussi avons-nous pensé intéressant d'ajouter à ces chiffres ceux des cas rassemblés par MM. Gosset, Desplas, Bonnet. Nous obtenons ainsi le tableau suivant :

	Cas	Guérisons	Morts	Mortalité %
Cholécystectomie ...	39	20	19	48,71
Drainage de la vésicule (médiat ou immédiat)	45	23	22	48,88
Pas d'intervention sur la vésicule. ...	15	9	6	40,00
	99	52	47	47,47

Que peut-on tirer de ces chiffres ?

Au point de vue des résultats globaux, on peut ad-

(1) En ne tenant pas compte de l'observation I qui est à la fois une cholécystectomie et un drainage de la voie biliaire collatérale.

mettre qu'ils donnent peut-être une impression trop optimiste. L'addition de cas publiés isolément n'a jamais signifié grand chose, parce qu'on publie toujours plus volontiers un succès qu'un échec opératoire.

Il semble cependant qu'ils manifestent un certain progrès sur les statistiques plus anciennes. Cette amélioration des résultats peut tenir à deux causes : On intervient peut-être plus volontiers aujourd'hui qu'il y a 20 ans, et plus précocement, avant la période des opérations presque désespérées. Peut-être aussi emploie-t-on des techniques mieux appropriées aux différents cas.

Au point de vue de la technique employée, il est assez surprenant de voir que le simple drainage de la vésicule compte un pourcentage de succès sensiblement égal à celui de la cholécystectomie. Ceci ne peut manquer de sembler paradoxal, étant donné que la « cholécystectomie » est l'opération idéale puisqu'elle enlève les lésions et leur cause ». (Gosset, Desplas, Bonnet). « Mais ajoutent ces auteurs, elle demande pour sa rapide exécution, des conditions anatomiques rarement réalisées... C'est une opération plus longue, plus choquante que le simple drainage ».

On peut admettre que la statistique de la cholécystectomie se trouve grévée par un certain nombre de cas où elle est, dans une certaine mesure, responsable de la mort, parce qu'elle était contre indiquée, soit du fait de l'état général précaire du malade, soit du fait des manœuvres longues et pénibles qu'elle a né-

cessités, de l'aggravation de l'acte opératoire qu'elle a entraînée.

D'autre part, il est bien probable que la cholécystectomie a été faite surtout dans les cas où elle se présentait avec une certaine facilité, c'est-à-dire dans les cas de vésicule libre, non adhérente. Or, ces cas comprennent précisément les formes graves par elles-mêmes de cholécystites perforantes, des formes suraiguës, les formes gangréneuses. La cholécystectomie est évidemment indiquée dans ces cas et ne présente pas de difficulté particulière; mais elle ne saurait être tenue responsable de l'évolution fatale qu'elle n'a pas toujours pu empêcher.

Le simple drainage de la vésicule, au contraire, s'est peut-être adressé surtout aux vésicules manifestement impossibles ou trop difficiles à enlever, aux vésicules depuis longtemps lithiasiques, avec lésions de cholécystite chronique, formes peut-être moins terriblement sceptiques que les précédentes. Peut-être aussi la séreuse péritonéale de la région, déjà chroniquement enflammée, est-elle moins hypersensible à l'infection que dans le cas précédent où le péritoine est vierge, doué de toutes ses propriétés de résorption. Peut-être enfin le drainage n'a-t-il pas été toujours assuré, après la cholécystectomie, d'une manière aussi large qu'après les autres modes opératoires.

Enfin on peut se demander si le drainage des voies biliaires, qui se trouve réalisé par les différents procédés plus ou moins typiques, de cholécystostomie médiate ou immédiate, ne serait pas pour quelque chose

dans les succès observés à la suite de ces opérations. Ces malades ne sont-ils pas des lithiasiques infectés ? La perforation n'est-elle pas l'aboutissant d'une exacerbation de cette infection ? Cette infection qui a son maximum au niveau de la vésicule biliaire, n'atteint-elle pas la voie biliaire toute entière ? Ne s'agit-il pas de malades, chez qui les accidents de perforation sont souvent précédés de poussées fébriles d'accès de subictère, de manifestation d'angiocholite aiguë. Dans ces conditions, on peut se demander si le drainage biliaire ne peut avoir une influence favorable sur ces phénomènes d'angiocholite, s'il ne met pas le foie en meilleure posture pour faire face à la défense de l'organisme contre la septicémie péritoniale.

Cela serait théoriquement le seul argument que l'on pourrait invoquer en faveur du drainage de la vésicule, contre son ablation. Nous savons que la cholécystectomie peut être complétée par un drainage de la voie biliaire principale : mais c'est là une complication et une prolongation de l'acte opératoire ; les quelques cas où cette double opération a été réalisée n'ont pas donné de résultats bien encourageants.

La technique suivie par M. J. Quénu (obs. I) remplit d'une manière plus simple et à moins de frais les mêmes indications ; dans tous les cas où la perforation ne siège pas près du col, il est facile d'enlever les trois-quarts antérieurs de la vésicule et de garder le quart postérieur pour y fixer un drain. Ainsi se trouvent réalisés à la fois la suppression de la vésicule et le drainage des voies biliaires. Ce drainage, quoique

portant sur la voie accessoire, n'en était pas moins effectif et même important, puisque la quantité de bile recueillie dépassa un litre en 24 heures.

Il est certain que le simple drainage de la vésicule infectée, l'abandon de cette vésicule dans l'abdomen n'est pas sans présenter de dangers importants sur lesquels nous aurons l'occasion de revenir.

Quelle conclusion pratique convient-il de tirer de tous ces faits ?

Que, pour le choix du procédé opératoire, il faut s'inspirer d'un certain nombre de considérations tirées des éléments suivants : l'âge du malade, sa résistance; l'état de la vésicule dilatée ou rétractée, libre ou adhérente, gangrèneuse ou d'aspect normal, facilement accessible ou à peine visible; le siège de la perforation; l'épaisseur de la paroi abdominale qui peut tripler les difficultés opératoires; le temps écoulé entre la perforation et le moment de l'opération; la quantité de bile épanchée, sa septicité probable, la présence ou l'absence de pus; l'habileté et l'expérience du chirurgien l'adresse de son aide; enfin il n'est pas jusqu'aux conditions matérielles de l'opération qui ne doivent entrer en ligne de compte pour le choix d'une ligne de conduite. La cholécystectomie reste l'opération idéale, mais comme l'ont dit MM. Gosset, Desplas et Bonnet « on doit la réserver aux cas où la technique est facile et où l'état général du sujet le permet ».

Peut-être dans certains cas y aurait-il intérêt, au lieu d'enlever toute la vésicule et de lier le cystique, à garder un moignon de vésicule pour y mettre un drain.

S'il s'agit d'un sujet âgé, affaibli, obèse, dont l'état général est précaire, si la vésicule est rétractée, profonde, la sagesse conduit à inciser sa paroi inférieure, à en extraire rapidement les calculs qui peuvent y rester et à y placer un drain, en le fixant, autant que possible par un fil au bord de la brèche vésiculaire.

La situation est-elle encore plus précaire, la perforation est-elle introuvable dans une région rendue méconnaissable par les adhérences, le ballonnement du ventre rend-il toute exploration presque impossible ? Il ne faut pas vouloir à tout prix traiter la lésion vésiculaire au prix d'une opération longue, pénible et qui risque d'être fatale. La sagesse dans ces cas est de faire le minimum : assurer le drainage,

Et, nous arrivons au point fondamental de la question. L'INTERVENTION POUR PERFORATION DE LA VESICULE BILIAIRE LITHIASIQUE EST AVANT TOUT UNE OPÉRATOIN DE DRAINAGE.

Quelle que soit l'opération pratiquée sur la vésicule, il est de toute nécessité de drainer l'espace sous hépatique, de drainer l'abdomen, et de drainer largement. La question du drainage est plus importante au point de vue du résultat immédiat, que la question du traitement de la vésicule biliaire; on a pu dans des cas en apparence désespérés sauver des malades sans toucher la vésicule, en assurant un drainage convenable.

Comment ce drainage doit-il être assuré ? Nous arrivons aux deuxième chapitre de la technique opératoire.

II. — TRAITEMENT DE L'ESPACE SOUS-HÉPATIQUE

La région sous-hépatique peut-être considérée comme le foyer de l'infection, puisqu'elle abrite la vésicule infectée, et qu'elle a été contaminée la première par l'épanchement septique. Il faut donc drainer cette région. Il faut de plus l'isoler, autant que possible, du reste de l'abdomen.

La drainer : au moyen d'un ou de deux tubes de caoutchouc dont l'extrémité profonde réponde à la région de la vésicule.

L'isoler : au moyen de compresses de gaze ou de mèches disposées au-dessous du drain dans l'espace sous hépatique. Le rôle de ces compresses de gaze sera double : *rôle d'aspiration*, qui favorisera l'évacuation des liquides septiques, *rôle de barrière* surtout parcequ'elles favorisent par leur présence, la formation d'une nappe d'adhérences protectrices isolant la région sous-hépatique, empêchant les exsudats de glisser le long du mésocôlon transverse jusqu'aux régions basses de l'abdomen.

MM. Chenut et Guérin (Obs. 3) M. Pauchet dans la plupart des cas qu'il a opérés, ont réalisé ce drainage et cet isolement au moyen du tamponnement par le sac à la manière de Mikulicz. Etant donné la configuration anatomique de la région, il ne semble pas que le sac de Mikulicz présente ici sur les simples mèches, les avantages qu'il peut présenter dans d'autres régions, le pelvis en particulier.

Quoiqu'il en soit, le drainage sous hépatique est

peut-être le temps le plus important de l'opération. Il a réussi, seul, à sauver des malades. Il doit toujours être adjoint au drainage médiat de la vésicule par tube de caoutchouc. Il est infiniment recommandable même si on a fait une cholécystectomie.

III. — DRAINAGE DU PÉRITOINE AU DÉCLIVE

Reste la troisième indication, qui n'est guère plus discutable. Si la bile s'est répandue en abondance dans tout l'abdomen, et c'est l'immense majorité des cas, pour ne pas dire la totalité, il nous semble indispensable, qu'elle qu'ait été l'opération pratiquée dans la région vésiculaire, d'assurer l'évacuation de cet épanchement par un drainage au point déclive, suivant les règles générales de la chirurgie, c'est-à-dire du cul-de-sac de Douglas, au moyen d'un gros tube de caoutchouc introduit par une contre-incision basse, dont la meilleure est certainement l'incision médiane sus-pubienne.

M. Pauchet, dans un cas, a usé d'un tamponnement à la Mikulicz introduit dans le pelvis par une contre-incision droite (Obs. VIII). Le sac du Mikulicz ne nous semble pas ici particulièrement indiqué, étant donné qu'il s'agit non pas d'isoler un foyer d'infection pelvien, mais de drainer un épanchement septique venu des régions hautes de l'abdomen.

Soins post opératoires

Le malade sera placé dans son lit en position demi-assise. On lui administrera du sérum glucosé par voie

rectale (goutte à goutte suivant la méthode de Murphy) et par voie sous-cutanée, des toni-cardiaques, en évitant l'huile camphrée, le camphre étant toxique pour le foie.

Si l'on a placé un drain dans la vésicule, on installera un dispositif de tubes permettant de recueillir la bile dans un bocal, pour éviter qu'elle ne souille le pansement et le lit du malade.

Chaquejour et même deux fois par jour au début, en faisant le pansement, on fera de l'aspiration dans le drain sous-hépatique et surtout dans le drain pelvien. Bientôt quand les drains ne donneront plus de bile on pourra les supprimer. Mais il faudra se garder de toucher aux mèches sous hépatiques avant le 8 ou le dixième jour; à ce moment on commencera à les retirer par des tractions prudentes, on les enlèvera progressivement, peu à peu, de manière que l'ablation des mèches soit complètement achevée entre le douzième et le quizinème jour.

Suites opératoires, complications

Lorsque la mort doit survenir, elle survient généralement d'une manière assez rapide; dans les premiers jours : en 36 heures (Obs. 3), le 2^e jour (Obs. VIII), le 3^e jour (Obs. IV) le 4^e jour (Obs. 1); elle résulte de l'infection péritonéale. Les malades meurent de péritonite généralisée. Si le malade doit guérir, les douleurs disparaissent assez rapidement, le ventre retrouve sa souplesse, la température monte à 38° et 39° pendant les premiers jours, tend ensuite vers la

normale. Le pouls garde ici sa valeur habituelle au point de vue du pronostic. L'évacuation des gaz intestinaux vers le 2^e jour, d'une selle spontanée ou provoquée par un lavement vers le 4^e ou 5^e jour sont d'un heureux présage.

Dans les cas que nous rapportons, *les complications pulmonaires* n'ont été notées qu'une fois (Obs. 5) et n'ont pas empêché le malade de guérir. Ces complications pulmonaires ne sont pas rares, elles ne sont pas toujours bénignes; la pneumonie a tué un certain nombre d'opérés entre le 3^e et le 10^e jour (cas de Darnier et Cullen (Obs. 7 de notre statistique, cas de Hirschel, de Marters, de Deplas, de Narath); un autre opéré de Hirschel meurt de gangrène pulmonaire au 11^e jour. Enfin deux malades sont morts d'embolie pulmonaire; celui de Santy le 20^e jour et celui de Kôrte au bout de 4 semaines.

Nous ne citons que pour mémoire les *suppurations de la paroi*, qui ne présentent ordinairement aucune gravité spéciale et n'ont pas empêché les malades de guérir, dans les cas de König et de Berthelsmann.

Il n'est pas rare que le malade présente pendant plusieurs jours un *subictère* plus ou moins marqué, qui ne semble pas présenter de valeur particulière au point de vue pronostic, et peut-être attribué à la résorption de bile par la séreuse péritonéale (Obs. I et II).

Après l'ablation des mèches et des drains sous-hépatique, dans les cas où la vésicule biliaire n'a pas été enlevée, *l'écoulement de bile persiste générale-*

ment pendant un certain temps mais tend à se tarir spontanément : chez notre malade de l'observation I qui avait eu un drain dans son moignon vésiculaire, l'écoulement diminua et se tarit complètement et définitivement le 26^e jour. Parmi les opérés de Monsieur Pauchet, deux eurent un écoulement de bile pendant 6 semaines (Obs. VI et VIII), deux eurent une fistule pendant deux mois et trois mois (Obs. V et III) mais cette fistule se tarit toujours spontanément.

M. Pauchet a observé des *éventrations* dans deux cas à la suite d'application de tamponnement à la Mikulicz, et a dû réopérer les malades au bout d'un an pour faire la cure de ces éventrations (Obs. II et VI).

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS — RÉCIDIVES DES ACCIDENTS

Sans doute, lorsqu'un chirurgien se trouve en présence d'une perforation de la vésicule biliaire, sa seule préoccupation doit-elle être de parer au danger immédiat, d'empêcher le malade de mourir.

Pour le choix du procédé à employer dans cette opération de sauvetage, il ne doit pas se préoccuper des résultats éloignés que peut donner son opération.

Il n'en est pas moins utile de connaître les résultats au delà des quelques jours qui suivent l'opération, de connaître les dangers auxquels restent exposés ces malades, pour pouvoir les combattre en temps utile et même les prévenir.

Il serait intéressant de savoir ce que sont devenus à la longue tous ces opérés sortis guéris de l'hôpital,

de rechercher si l'accident lui-même, et le procédé opératoire employé n'ont pas eu quelques influence sur l'évolution ultérieure de la maladie biliaire, cause première des accidents.

C'est là une question qui n'a pas été souvent envisagée, et nous sommes bien pauvres de documents pour l'aborder.

Parmi les malades ayant subi une cholécystectomie, celle de Harthmann a été revue au bout de deux ans : elle n'a plus jamais eu de fièvre et n'a plus éprouvé le moindre trouble hépatique; celle de Jean Quénu a été revue au bout d'un an en très bon état, présentant seulement quelques légers troubles digestifs faisant penser à l'existence d'un certain degré de péri-duodénite.

Parmi les malades dont la vésicule perforée a été laissée en place, il en est qui semblent rester définitivement guéris. Pauchet (Obs. VI) Darner et Cullen ont revu leur malade en très bon état au bout d'un an; une malade de Shonborn qui avait été traitée par un simple drainage de la cavité abdominale, était en excellent état 8 ans après l'opération, et n'avait présenté aucun autre accident de lithiase. Une autre malade de Pauchet avait un aspect florissant au bout de 10 ans.

Est-ce à dire que ces résultats soient constants, et qu'il faille toujours compter sur une guérison définitive après ces opérations de drainage ? Nous sommes loin de le penser. A ces quelques cas favorables, nous pourrions opposer ceux-ci, dans lesquels la vésicule

malade laissée en place a déterminé au bout d'un temps variable *de nouveaux accidents graves*, capables d'entraîner la mort alors que le malade semblait hors de danger.

Lecène (1) opérant en septembre une malade atteinte de perforation d'une vésicule biliaire lithiasique, fit un drainage de la vésicule et un tamponnement sous-hépatique les suites de la vésicule et un tamponnement sous-hépatique les suites immédiates furent simples, la température redescendit à 37° 8, *mais pas au dessous*. En novembre, la malade eut des frissons, de la fièvre, des vomissements, du subictère. Lecène réintervint, trouva, au niveau de l'hiatus de Winslow, un abcès formé autour d'un calcul qui s'était échappé de la vésicule lors de la première intervention; il fit une cholécystectomie avec drainage, et guérit sa malade.

Bonamy dut réintervenir dans des conditions plus tragiques chez une femme chez laquelle il avait, 9 mois avant, traité une perforation vésiculaire par simple tamponnement : elle lui fut ramenée « en pleine crise de péritonite, souffrant de douleurs comme la première fois ». Il enleva une vésicule gangrénée et perforée, baignant au milieu d'une collection purulente sous-hépatique, et sauva sa malade. (Obs. 2).

Enfin, Hartig (2) perdit une malade quelques jours après sa sortie de l'hôpital par nouvelle perforation

(1) Lecène : Cotte et Arnaud, obs. n° 38, p. 369).

(1) Hartig cité par Cotte et Arnaud (obs. 11).

de la vésicule biliaire, malgré une réintervention,

Etant donné la rareté des observations complètes, nous donnant l'état exact des malades sortis de l'hôpital depuis longtemps, il est difficile de se faire une opinion sur la fréquence de ces accidents itératifs, de ces récides; ils n'en constituent pas moins une menace assez sérieuse pour l'avenir. Et beaucoup de chirurgiens, se conformant à cette règle générale qu'une vésicule lithiasique ayant donné lieu à des accidents sérieux, ayant nécessité une cholécystotomie ou toute autre opération de drainage, doit être tôt ou tard enlevée, estiment que cette menace est suffisante pour justifier la *cholécystectomie secondaire systématique*.

C'est ainsi que firent Kôrte (1) (au bout de deux mois) Routier (2) (au bout de six semaines), Bonnet (3) au bout de 4 mois), Thébaud (4), Bonamy (Obs. 2) voulurent agir de même et proposèrent la cholécystectomie à leurs opérées, mais celles-ci, ne souffrant plus, la refusèrent : ce n'est que devant des accidents menaçants que la malade de Bonamy s'y décida.

Ces faits nous autorisent à conclure qu' dans les cas où la vésicule biliaire n'a pas été enlevée au moment des accidents de perforation, la cholécystectomie secondaire est une pratique recommandable.

(1) Kôrte (obs. 26 de Cotte et Arnaud).

(2) Routier (bull. et mem. soc. chir. 1909, p. 1311).

(3) P. Bonnet (Soc. Chir. de Lyon 22 Fév. 1923 in Lyon Chirurgical tome 20 p. 257, obs. 1).

(4) Thebault (thèse Paris 1912 obs. 1 personnelle).

OBSERVATIONS INEDITES

OBSERVATION I. — JEAN QUÉNU

JEUNE FEMME DE 31 ANS AYANT EU PLUSIEURS CRISES DOULOUREUSES DEPUIS 6 MOIS. OPÉRÉE 21 H. 30 APRÈS LE DÉBUT DES ACCIDENTS. CHOLÉCYSTECTOMIE SUBTOTALE. DRAINAGE BILIAIRE PAR LE MOIGNON VÉSICULAIRE, MÊCHES SOUS-HÉPATIQUES, DRAINAGE DU CUL-DE-SAC DE DOUGLAS. GUÉRISON.

Mme B., 31 ans, est amenée à l'Hôpital N.-D. de Bon-Secours le 9 mars 1926, à midi, envoyée par son médecin, avec le diagnostic d'appendicite aiguë.

L'état général est grave, la malade souffre énormément, on ne peut songer à un interrogatoire bien complet. On apprend cependant que cette jeune femme, soignée pour des troubles digestifs depuis deux ans, a été prise la veille, à 15 heures, de douleurs épouvantables dans le côté droit du ventre, avec vomissements.

Le faciès est très altéré, anxieux, et subictérique; le pouls rapide (112). La contracture de la paroi est extrême, et généralisée à tout l'abdomen; le ventre semble véritablement de bois; les mouvements respiratoires abdominaux sont complètement supprimés; par la palpation on détermine une douleur extrêmement vive, et uniformément vive en tous points. Par le toucher vaginal, on ne sent rien d'anormal, mais on détermine, là aussi, une douleur extrêmement vive au niveau du cul-de-sac de Douglas.

On pose immédiatement le diagnostic d'intervention; quant au diagnostic de la lésion, étant donné les quelques renseignements qu'on a pu recueillir, on pense soit à une perfo-

ration d'ulcère duodénal, soit à une appendicite aiguë, parce que la malade dit avoir eu depuis quelques mois deux ou trois crises analogues, spontanément résolues.

Intervention séance tenante, c'est-à-dire le 9 mars, à 12 h. 30. Anesthésie : éther.

1°) Incision de Mac Burney. A l'ouverture du péritoine, issue d'un liquide formé d'un mélange de bile et de pus, en grande abondance. L'appendice est sain, on le laisse. On utilise l'incision pour placer un drain dans le cul-de-sac de Douglas, et on referme.

2°) Incision sous-hépatique transversale à travers le muscle droit. On va directement à la vésicule biliaire, qui présente une petite perforation sur sa face inférieure, au voisinage du fond. La vésicule contient encore de nombreux petits calculs. Elle est libre de toute adhérence. On en résèque les trois-quarts antérieurs. Dans le moignon restant, c'est-à-dire le col, qui donne issue à de la bile, on engage et on fixe un tube de caoutchouc. On dispose des mèches de gaze au-dessous, puis on suture la paroi abdominale. L'opération a été facile et rapide chez cette femme maigre.

Soins post-opératoires : goutte-à-goutte intra-rectal au serum glucosé; position demi-assise.

Les jours suivants, nous pouvons avoir les renseignements suivants par la malade elle-même, et par notre collègue le Docteur Charles Jacquelin, que la malade avait consulté plusieurs fois depuis un mois :

Cette jeune femme, mariée depuis trois ans, sans enfant, ne se souvient pas d'avoir eu de maladie importante, mais elle souffre du ventre depuis deux ans. Une demi-heure après les repas, elle ressentait un malaise vague dans la région épigastrique et l'hypochondre droit, quelques douleurs, et parfois des vomissements, qui marquaient la fin des douleurs. Ces troubles étaient discontinus, survenant à intervalles de quelques mois, sous forme de petites crises.

La première crise nette remonte à décembre 1924; elle fut caractérisée par des nausées, des vomissements alimentaires et bilieux, enfin par une éruption d'urticaire généralisée à tout le corps; elle dura trois jours.

La deuxième crise, survenue en août 1925, fut plus importante et dura plus de huit jours; elle fut marquée par des douleurs abdominales vives avec irradiations dorsales, des vomissements, un léger ictère. Le médecin qui assista à cette crise porta le diagnostic de colique hépatique.

La troisième crise, qui date du 28 janvier 1926, fut plus intense encore : à 1 heure du matin, la malade fut réveillée par une douleur extrêmement aiguë dans l'hypochondre droit, avec irradiation vers l'épaule. Elle eût des vomissements, de la fièvre (38-39°), et un ictère net, avec décoloration des matières. Cette crise tint la malade au lit pendant quinze jours.

Dans l'intervalle de ces crises, la malade ne présentait d'autres symptômes que des digestions un peu pénibles, et une constipation opiniâtre.

C'est quinze jours environ après la dernière crise que la malade vint consulter le Docteur Ch. Jacquelin pour la première fois. Il fit le diagnostic de cholécystite, et institua un traitement médical.

La malade est encore venue à la consultation le 7 mars, soit 30 heures avant le début des accidents, inquiétée seulement par des selles diarrhéiques se produisant 5 à 6 fois par jour, et accompagnées de douleurs abdominales assez pénibles. Il n'existait par ailleurs aucun symptôme inquiétant ce jour-là. Elle rentra donc chez elle, à Montreuil, comme de coutume, et c'est le lendemain dans l'après-midi qu'éclata la crise qui marqua la perforation de la vésicule.

Suites opératoires. — Le lendemain de l'opération, la douleur avait diminué, mais l'état général restait assez précaire. Le surlendemain, amélioration nette. Le troisième jour, deux

injections sous-cutanées de 1/4 de milligramme d'atropine eurent raison d'un certain ballonnement du ventre, et facilitèrent l'issue des gaz intestinaux. Les règles apparurent, du troisième au huitième jour. Le serum glucosé intra-rectal fut continué pendant 6 jours.

Le drain pelvien, qui ne donnait plus rien, même par aspiration, fut enlevé le quatrième jour. Les fils furent enlevés le onzième jour. Le drain vésiculaire, qui donnait de la bile en abondance (jusqu'à 1900 grammes en une journée), fut supprimé le quatorzième jour. Les mèches furent peu à peu extraites puis supprimées du douzième au seizième jour.

La bile continua encore à couler pendant une dizaine de jours par l'angle externe de la plaie; l'écoulement diminua et se tarit complètement et définitivement le vingt-sixième jour.

La malade, qui s'était levée le vingt-deuxième jour, sortit guérie, en très bon état, sans fistule, avec des plaies complètement cicatrisées le 11 avril, soit trente-cinq jours après l'intervention.

Suite éloignées. — Nous avons revu notre opérée à différentes reprises depuis sa sortie de l'hôpital. Les six premiers mois ont été marqués par une transformation complète de l'état général : santé parfaite, disparition complète des douleurs, augmentation de poids de 7 kilos. Fait notable, la constipation opiniâtre dont la malade était affligée depuis 10 ans a complètement disparu. Son teint est clair, elle n'a jamais eu d'ictère depuis l'opération.

Vers la fin d'octobre 1926 apparurent quelques troubles digestifs, notamment des douleurs, d'ailleurs peu intenses, apparaissant environ 3 heures après les repas, et immédiatement calmées par le décubitus. La malade a de nouveau maigri.

Un examen radioscopique pratiqué en novembre montre

une certaine difficulté de l'évacuation pylorique, et une dilatation du bulbe duodénal.

Nous avons revu la malade le 6 avril 1927, soit 13 mois après l'intervention. Les troubles digestifs sont en voie de régression; l'état général est somme toute satisfaisant et permet à Mme B. d'exercer son métier de mécanicienne en fourrure. L'examen radioscopique montre qu'il n'existe plus aucune stase gastrique. Le bulbe duodénal est régulier, mais encore un peu dilaté. Il s'agit évidemment d'un certain degré de péri-duodénite, actuellement en voie de régression.

OBSERVATION II. — VICTOR PAUCHET

PERFORATION AIGUE PAR CALCUL DU CYSTIQUE. TAILLE VÉSICULAIRE. TAMPONNEMENT. MIKULICZ SOUS-HÉPATIQUE. DRAINAGE SUS-PUBIEN.

Mme C., 45 ans, mère de 5 enfants. Malade du D^r Braillon.

A présenté, pendant quelques années, assez régulièrement, quelques malaises caractérisés par des renvois acides survenant 2 ou 3 heures après les repas. La crise durait environ 3 ou 4 jours, puis disparaissait complètement pendant plusieurs mois, pour reparaitre ensuite.

En avril 1913, crise aiguë avec nausées et vomissements alimentaires. Le maximum de la douleur siège dans la fosse iliaque droite, bien que la malade ait accusé, comme point de départ de ses douleurs, la région épigastrique. La malade est transportée à l'hôpital Duvauchel à Amiens. Le D^r Victor Pauchet l'opère deux heures après (24 h. après le début). Il pense à une perforation d'ulcus duodénal et fait une incision médiane; un flot de bile apparaît; il branche une incision transversale, de façon à transformer en L l'incision verticale. La vésicule est ouverte au niveau d'une plaque de sphacèle qui occupe à peu près le 1/3 le plus

près du fond. Il pratique l'incision simple de la vésicule, retire un calcul qui siège dans le cystique; il tamponne à plat avec un Mikulicz, puis fait une contre-ouverture sus-pubienne par où il place deux drains dans le Douglas. L'incision verticale est fermée, le tiers de l'incision transversale reste ouvert. Tamponnement sous-hépatique à la gaze avec un Mikulicz, dont le sac est vaseliné. Tamponnement du sac avec des mèches. La température oscille entre 38° et 39° pendant 5 ou 6 jours, puis la température disparaît; la malade reste légèrement ictérique pendant huit jours. Les drains sus-pubiens sont retirés au bout de 3 jours; le tamponnement est enlevé au bout de 11 jours. La malade fait une éventration un an après; elle est opérée secondairement.

OBSERVATION III. — VICTOR PAUCHET

PERFORATION AIGUE. DRAINAGE MIKULICZ. PAS DE CHOLECYSTECTOMIE.

Mlle G., 45 ans, malade du D^r Roisin, de Crèvecœur-le-Grand (Oise).

Opération faite à l'hôpital de Crèvecœur, le 14 avril 1904.

Trois crises de cholécystite dans le passé. Mère de 4 enfants. Une poussée de sub-ictère à la deuxième crise. Ventre de bois. Vomissements.

Opération 36 heures après le début des accidents.

Diagnostic pose : hernie ombilicale étranglée.

Opération (D^r Victor Pauchet) : Incision de hernie ombilicale qui fit découvrir un flot de bile.

Incision para-costale. Ablation d'un calcul. Pas de cholécystectomie. Tamponnement sous-hépatique (Mikulicz). Drainage sus-pubien avec deux drains. Fistule biliaire pendant 3 mois. Fermeture spontanée. Mort 7 ans plus tard de coma diabétique.

OBSERVATION IV. — VICTOR PAUCHET

PERFORATION AIGUE. ABLATION D'UN CALCUL. CHOLECYSTECTOMIE. DRAINAGE SOUS-HÉPATIQUE. MORT.

Malade de 33 ans, du D^r Vigier (Abbeville).

A présenté une série de crises douloureuses, depuis les trois dernières années; elles ont été qualifiées de gastralgie.

Toutes ces crises survenaient quelques heures après les repas, s'accompagnaient de vomissements, jamais de sub-ictère.

Diagnostic posé : cholécystite perforante.

Opération (D^r Victor Pauchet) : Incision para-costale. Vésicule qui laisse échapper pus et bile. Ablation d'un calcul et de la vésicule. Cholécystectomie. Drain sous-hépatique. Un drain dans la fosse iliaque droite et dans le bassin. Mort 3 jours après de péritonite.

OBSERVATION V. — VICTOR PAUCHET

PERFORATION DE LA VÉSICULE PAR CHOLECYSTITE CALCULEUSE
DOUBLE MIKULICZ SOUS-HÉPATIQUE ET INTRA-PELVIEN. GUÉRISON DES ACCIDENTS.

Mme G., 44 ans, malade du D^r Gourtellemont.

A présenté 2 crises de cholécystite nette, dont une avec sub-ictère. A plusieurs reprises, troubles gastriques qui ont fait poser le diagnostic d'ulcère duodénal. Cette femme a eu 3 enfants.

Opération, avril 1907 (D^r Victor Pauchet) : Laparotomie sous-hépatique; découverte d'une vésicule perforée; les calculs sont perçus avec la main. La vésicule est incisée sur une longueur de 3 ou 4 cm. Toute la partie sphacélée est excisée aux ciseaux, grossièrement. Les cal-

culs paraissent tous enlevés. Tamponnement sous-hépatique, avec un Mikulicz. Contre-ouverture sus-pubienne. Deux drains sont mis dans le Douglas. Fistule pendant 2 mois. Cette femme n'a jamais été réopérée. De temps en temps, quelques douleurs à la fin du repas. Aspect florissant 10 ans plus tard.

OBSERVATION VI. — VICTOR PAUCHET

CHOLECYSTITE CALCULEUSE PERFORANTE. INCISION DE LA VÉSICULE. MIKULICZ. GUÉRISON.

Homme de 35 ans, traité pour ulcère duodénal, à plusieurs reprises; jamais d'ictère. Atteint de perforation aiguë 48 heures auparavant. Transporté à l'Hôtel-Dieu, en 1910 (14 juillet).

Diagnostic posé : perforation gastrique aiguë.

Opération (D^r Victor Pauchet) : incision médiane; puis incision branchée en travers pour faire une L. Découverte de la lésion. Incision simple de la vésicule. Tamponnement. Ecoulement pendant 6 semaines. Jamais de fistule. Jamais de récurrence. Eventration réopérée un an plus tard; la guérison se maintient.

OBSERVATION VII. — VICTOR PAUCHET

PERFORATION AIGUE DE CHOLECYSTITE CALCULEUSE. CHOLECYSTECTOMIE. MORT.

M. S., 42 ans, cultivateur, souffre du côté droit depuis 7 ou 8 ans. Trois crises très nettes qui paraissent être de coliques hépatiques. Passe une saison à Vichy. Une fois du sub-ictère.

Opération 24 heures après le début des accidents (D^r Vic-

tor Pauchet). Incision para-costale. Le fond de la vésicule présente une tache sphacélée. Incision en croix sur ce point. Evacuation de la vésicule. Pas de calcul dans le cystique; la bile sort après l'évacuation des calculs. Cholécystectomie. Contre-ouverture sus-pubienne; deux drains dans le Douglas. Une mèche au-dessous du foie. Mort deux jours après.

OBSERVATION VIII. — VICTOR PAUCHET

PERFORATION AIGUE DE LA VÉSICULE. INCISION. MIKULICZ DOUBLE. GUÉRISON.

Mme C., 33 ans (malade du D^r Pelletier, de Franconville). entre d'urgence, 9, rue de Turin, le 26 novembre 1926, avec un syndrome péritonéal aigu. Les accidents datent de 3 jours. A présenté, dans son passé, quelques troubles gastriques qui faisaient penser à un ulcère d'estomac. En palpant soigneusement, elle se plaint surtout de la fosse iliaque droite.

Opération (D^r Victor Pauchet : Incision iliaque droite, comme pour une appendicite. Un flot de bile s'écoule, mélangé à du pus. Incision au rebord costal droit. On aperçoit, dans le fond de la plaie (malade obèse) une vésicule petite, rétractée, sphacélée et perforée. Inexplorable. Etant donné la profondeur de la plaie et le tympanisme abdominal, on pratique simplement un Mikulicz, sans aucune exploration. Le mikulicz occupe toute la face inférieure du foie.

Deuxième Mikulicz mis dans le bassin à la faveur de l'incision iliaque droite. La malade est un peu shockée pendant 48 heures. L'état général remonte. Rend des gaz le 3^e jour. Le tamponnement est enlevé du bassin au bout de 10 jours. Il est retiré de la loge sous-hépatique au bout de 13 jours. La bile continue à s'écouler par le flanc droit pendant environ 6 semaines. A cette époque, la malade expulse 4 ou 5

graviers. Un autre sort par la plaie de la fosse iliaque droite. Elle est complètement cicatrisée en l'espace de 3 mois et n'éprouve plus aucun trouble.

OBSERVATION IX. — VICTOR PAUCHET

PERFORATION AIGUE DE CHOLECYSTITE CALCULEUSE. TAM-
PONNEMENT SOUS HEPATIQUE. MIKULICZ. GUERISON.

En 1899 en Novembre-Décembre, le Docteur Pauchet a été appelé à l'hôpital de Doullens par le Docteur Caillet, pour une femme qui présentait des accidents aigus, qu'il pensait atteinte d'appendicite. Elle avait une vésicule calculeuse perforée; il fit un tamponnement sous hépatique, Mikulicz. Guérison.

OBSERVATION X. — HARTGLAS

PERFORATION A SYMPTOMES ATTÉNUÉS. PAS D'INTERVENTION.
MORT AU BOUT DE 21 JOURS.

Mme B. 65 ans habitant St. Arnoult en Yvelines à présenté autrefois de vagues crises abdominales, mises sur le compte de la ptose des organes abdominaux. Le docteur Manoury de Chartres prescrit une ceinture abdominale. Pas d'ictère, pas de signes de lithiase biliaire dans les antécédents.

Le dimanche 7 Juin 1926, elle est prise d'une douleur violente dans le flanc droit et l'épaule droite. Cette douleur est très violente et oblige la malade à se coucher. Le confrère qui ne la voit que le lendemain fait le diagnostic d'appendicite, à cause de la contracture et de la douleur de la région de la fosse iliaque droite. Deux jours après, il envoie la malade à l'hôpital de Dourdan avec le diagnostic d'appendicite.

Je vois donc la malade pour la première fois le 10 Juin 4 jours après le début de la crise : faciès un peu altéré pouls à 80° — Température 37/6 — ventre très ballonné, mais contracture et douleurs sont surtout marquées dans la région sous hépatique, un peu de submatité dans le flanc droit. Le toucher vaginal et le toucher rectal ne donnent aucun renseignement particulier. La malade dit n'avoir pas rendu de gaz depuis le début de la crise.

Me basant sur la prédominance de la douleur dans la région sous hépatique et sur l'âge de la malade, j'envisage le diagnostic de cholécystite avec réaction péritonéale. Expectative, régime hydrique cataplasmes laudanisés.

Les jours suivants la température baisse progressivement, le ballonnement disparaît peu à peu, la douleur se déplace et devient plus marquée dans la région de la fosse iliaque droite. Je pense à la possibilité d'une crise appendiculaire, d'autant plus que la glace a l'air de soulager la malade; mais à cause de l'âge de la malade et l'amélioration de son état général, je décide de ne pas intervenir. La diurèse s'établit, la malade boit bien et va plusieurs fois à la garde robe. La température descend à la normale, le pouls oscille autour de 80° — Le huitième jour on purge légèrement la malade et on commence à l'alimenter. Mais ces tentatives d'alimentation restent sans succès. L'alimentation même liquide répugne à la malade et on a l'impression qu'elle s'affaiblit de plus en plus.

La contracture et le ballonnement ayant disparu presque complètement on arrive à délimiter sous le foie en dehors du bord externe du grand droit une masse mate.

La malade dépérit de plus en plus, sans présenter de fièvre ni d'accélération du pouls elle présente quelques vomissements noirâtres, si bien qu'on songe à l'hypothèse d'un cancer de l'angle droit du colon.

L'état général périclité si rapidement qu'on s'abstient de toute intervention.

Huit jours après, elle s'éteint doucement rendant quelques gaz, son ventre devient de plus en plus plat, se déballonne complètement. Hypothermie.

La malade meurt le 2 Juillet donc 21 jours après son entrée à l'hôpital.

Autopsie. — A l'ouverture du ventre, coloration verdâtre du grand épiploon et des anses intestinales qui ne sont pas dilatées. La fosse paracolique droite est occupée par un épanchement de bile verdâtre. Cette fosse paracolique droite est mal séparée du reste de la cavité péritoniale, pas d'adhérence, entre le colon droit et le péritoine pariétal. On trouve un calcul gros comme une noisette. Sur la face inférieure du fond de la vésicule biliaire, qui n'est pas épaissie, il existe une perforation par où est sorti ce calcul, la vésicule contient un autre calcul. Les voies biliaires sont libres. La vésicule est libre sans adhérence, pas de fausse membrane.

En résumé. — Perforation de la vésicule biliaire à bas bruit, par usure, ulcération de sa paroi par le calcul. Épanchement de bile probablement peu septique, d'où péritonite subaiguë. Mais il est possible aussi que quelques adhérences laches qui ont pu limiter le foyer au début ont cédé après soit par une suite d'un examen peu prudent ou de la purge, quoique à aucun moment, je n'ai observé une recrudescence des symptômes cliniques, rien qui aurait pu faire penser à la rupture d'une poche enkystée. Au contraire les signes physiques allaient toujours en s'améliorant et seule la répugnance à tout essai d'alimentation a été frappante. Les vomissements bilieux n'ont paru que tout à fait à la fin.

OBSERVATIONS PUBLIEES DEPUIS 1925

ou ne figurant pas dans les Mémoires de Cotte et de Gosset

OBSERVATION 1. — BERTONE

(*Réforma Médica* 1926 anno L. X. II. p. 32-34)

CHOLECYSTECTOMIE. MÈCHES. INCISION APPENDICULAIRE.
TAMPONNEMENT. MORT.

Il s'agit d'un homme de 50 ans qui a présenté il y a 20 ans une typhlo-appendicite. Il y a 15 ans ictère pendant une semaine, sans fièvre ni douleur.

Depuis 10 ans le malade présente des douleurs épigastriques quotidiennes 3 heures après l'ingestion d'aliments, accompagnées d'éruclations acides, sensation de brûlures, soulagées par l'ingestion de bicarbonate de soude. On pense qu'il s'agit d'un ulcère gastrique.

Dans la nuit du 30 Septembre 1925, en apparence de bonne santé, le malade a été pris brusquement de douleurs vives dans la partie supérieure de l'abdomen avec maximum épigastrique. Pas de vomissement, le ventre devient météorisé en très peu de temps, pas de fièvre. On l'amène à l'hôpital.

A l'examen on constate du météorisme abdominal une sensibilité spéciale de l'épigastre, une disparition de la zone de matité hépatique, on pose le diagnostic de perforation d'ulcus-gastrique.

Opération. — Incision épigastrique médiane. Rien à l'estomac, mais de la bile dans l'espace sous-hépatique, diffusant le long du colon ascendant et sortant par une ouverture du fond de la vésicule. Pas d'adhérence limitant l'ex-

tension biliaire. On pratique une cholécystectomie. Mèches. On fait une contre incision appendiculaire pour faire évacuer la bile qui a inondé le bassin. On examine le coecum qui est très haut et qui est couvert d'un exsudat séreux, l'appendice est rétro coecal long de 10 c/m. très enflammé, et adhérent. Tamponnement. Le malade présente encore après l'intervention, du météorisme abdominal. Il meurt le quatrième jour, toujours sans température ni vomissement.

Pièces opératoires. — Vésicule longue de 9 centimètres sur 4 de large, présentant une paroi très épaisse et une muqueuse granuleuse hémorragique.

Dans le fond on trouve un calcul noir, dur, à forme d'amande. Dans un point de la muqueuse et en contact avec un pôle du calcul il existe une dépression noirâtre ayant à son centre une solution de continuité de 2 m/m de diamètre. Au contact de la vésicule et de l'autre pôle du calcul, la paroi est très amincie mais non perforée et présente un état inflammatoire chronique.

OBSERVATION 2. — BONAMY

(Bulletins et Mémoires de la Société des Chirurgiens de Paris)

Séance du 21 Janvier 1927. Tome XIX. — n° 2 p. 57 Obs. n° 2)

INCISION DE MAC-BURNEY. DOUBLE MIKULICZ, DRAINS. RÉCIDI-
DIVE. 8 MOIS APRÈS. CHOLÉCYSTECTOMIE. MÈCHE. DRAIN SOUS-
HÉPATIQUE. GUÉRISON.

Mme V..., 42 ans, habitant Bezons, souffre depuis de longues années de crises étiquetées hépatiques et a fait de nombreuses cures à Vichy.

Le 25 Janvier 1926, elle est prise de crise violentes abdominales, très douloureuses, peu ou pas calmées par la morphine. Vomissements incessants.

Je la vois le 29 Janvier, quatre jours après le début de la

crise : faciès angoissé, pouls rapide à 130, ventre uniformément ballonné, hypersensible en totalité avec prédominance cependant d'une douleur plus nette semble-t-il dans la région coecale. Le toucher ne donne aucun renseignement, d'autant que la malade très agitée, pousse des cris au moindre attouchement.

Me basant sur la prédominance très vague de la douleur dans la région coecale et me méfiant des diagnostics souvent erronés de crises de foie, alors qu'il s'agit bien souvent d'appendicite, je pose le diagnostic d'appendicite aiguë perforante et fait transporter d'urgence la malade en maison de santé.

Opération. — Le 29 Janvier — 4 jours après le début de la crise. Ether, incision large de Mac-Burney. Au lieu du pus habituel de la collection purulente de l'appendicite aiguë, je vis dès le péritoine ouvert, s'écouler, en flots, une bile purulente dans laquelle baignaient les anses intestinales, surdistendues, rouges, enflammées, recouvertes de fausses membranes de néo-formation. Cette bile purulente venait en masse de tous côtés, notamment du petit bassin et aussi de la région supérieure sous-hépatique.

Après avoir étanché, autant que je pus, la plus grande partie de cette bile purulente qui réellement remplissait l'abdomen, étant donné l'état plus que précaire de la malade, je n'eus pas le courage de prolonger mon incision, mais aussi la longueur de mon acte opératoire, et d'aller examiner la région vésiculaire et hépatique et je crois que décision fut bonne puisque j'ai sauvé ma malade.

Je me contentai donc de mettre deux Mickuliez avec drain, bien placés, l'un poussé sous la paroi abdominale, au contact même de la vésicule, l'autre plongeant jusqu'au fond du Douglas, le plus profondément possible.

Les suites opératoires furent normales. Contre mon attente, car je considérais la partie comme perdue, le pouls redevint

normal au bout de 48 heures, la fièvre tomba et un mois après la malade quittait la maison de santé, guérie de son opération. Mais je la prévins, elle et son entourage, que ce n'était là qu'un premier relai et qu'une deuxième opération serait à faire prochainement pour éviter le retour de semblables dangers. Je pensais en effet devoir pratiquer, en temps voulu et choisi, une cholécystectomie.

Mais les malades, vous le savez tous, ont beau être averties et prévenues, elles acceptent difficilement d'être opérées, alors qu'elles ne ressentent plus aucun malaise.

Je ne revis ma malade que le 24 Octobre 1926. On me la ramena à la maison de santé en pleine crise de péritonite, souffrant depuis deux jours de douleurs comme la première fois. La température est à 40°, le pouls est petit et tout l'hypocondre droit douloureux.

2^e opération. — Ether. Je pratique immédiatement une laparotomie transversale, sous-costale et tombe sur une collection purulente, volumineuse qui m'a paru encore assez bien collectée entre le foie et le côlon. Au milieu de cette collection purulente, bilieuse, baigne une énorme vésicule grisâtre, noirâtre, en pleine gangrène et perforée.

Décidé, cette fois, à enlever cette vésicule gangrénée, je suis obligé, pour me faire du jour, de brancher sur mon incision transversale, une autre verticale, remontant sur les côtés. Cette incision en T renversé me donne un jour énorme et me permet d'enlever rapidement la vésicule qui, outre du pus et de la bile, contenait 70 calculs.

Mèche et drain sous-hépatiques.

Suites opératoires idéales, sans incident particulier. La malade quittait la maison de santé au bout de 25 jours, totalement guérie.

OBSERVATION 3. — CHENUT ET GUÉRIN

(*Journ. de Médecine de Bordeaux*, 10 Août 1926 N° 15, p. 650)
obs. résumée

CHOLÉCYSTOSTOMIE, DRAINAGE, MIKULICZ. MORT.

J..., 34 ans entre à l'hôpital parce que depuis 5 jours il souffre du ventre. Impossible d'avoir des renseignements précis, le malade est demi-comateux. Faciès péritonial, ventre de bois. Douleur dans la fosse iliaque droite accompagnée de vomissements. Pas de selle, pas de gaz. Anurie. Pouls 130. Température 39°. Disparition de la matité hépatique. Au toucher douleur au niveau du Douglas et à droite.

Le diagnostic posé est celui de péritonite aiguë d'origine appendiculaire probable.

Intervention. — Anesthésie à l'éther, incision médiane sous ombilicale. Dès l'ouverture du ventre, sort un liquide purulent nettement bilieux. Assèchement de l'abdomen et du pelvis. L'appendice est sain, le liquide vient de l'hypochondre droit. Prolongement de l'incision vers le creux épigastrique. On constate sous la face inférieure de foie, une masse du volume d'un poing qui occupe la zone vésiculaire et est recouverte par le colon transverse, l'angle colique droit et par le grand épiploon qui, en dehors de cet angle colique va masquer la face inférieure du foie. Epiploon œdémateux jaune d'or. On déterge l'espace pariéto-colique droit des fausses membranes qui y sont particulièrement abondantes, on voit la bile sourdre en véritable rosée jaunâtre de la zone épiploïque œdémateuse. L'épiploon semble une éponge pleine de bile qui se vide.

Libération du bord antérieur du foie et de la vésicule qui apparaît volumineuse, tendue, noirâtre, mais non sphacélique. Le corps est englobé d'adhérences. Cholécystostomie, ouverture de la vésicule qui contient 100 grammes de bile

noirâtre et louche. La paroi est épaisse d'un demi centimètre. On ne perçoit pas de calculs.

Drainage : Mikulicz. Fermeture de l'abdomen.

Suites opératoires. — Sérum rectal, toni-cardiaque. Le soir température à 37°, pouls 120, langue rotie anurie, mort 36 heures après.

Nécropsie. — Toutes les lésions sont abdominales. Le liquide péritonéal ne s'est pas reproduit.

La vésicule est enlevée et présente 2 perforations contiguës à 3 centimètres du col. Punctiformes à la face séreuse, elles mesurent 5 millimètres de diamètre à la face muqueuse. Il existe deux calculs du volume d'un noyau de cerise dans l'hépatocolédoque.

La culture de la bile a démontré l'abondance d'un microbe type colibacille.

OBSERVATION 4. — GRAEFF

(ZENTRAL bl. Für Chirurgie 1925 p. 1024)

CHOLÉCYSTECTOMIE. GUÉRISON.

Homme âgé de 37 ans qui avait présenté plusieurs mois auparavant une très violente crise de coliques hépatiques avec décoloration des selles et légère ictère.

La seconde crise débuta 4 jours avant son entrée à l'hôpital : 8 heures avant l'intervention, les douleurs sont très violentes. Le ventre est uniformément douloureux, à droite la sensibilité est un peu plus grande. Défense musculaire de tout l'hypocondre droit, température à 39°.

L'intervention d'urgence montre une vésicule de 15 c/m de longueur fortement épaissie et un peu augmentée de volume. Sur le fond il existe une perforation des dimensions d'une lentille au travers de laquelle un calcul apparaissait. L'abdomen et particulièrement le Douglas était rempli d'une

bile qui ne paraissait pas infectée. On extirpe la vésicule, le cholédoque libre n'est pas ouvert.

La vésicule ouverte montre une très forte réaction inflammatoire de la muqueuse et contient un liquide jaune visqueux, un gros calcul de dimension d'un œuf de pigeon et plusieurs petits calculs dont l'un d'entre eux piriforme venait bomber à travers l'ouverture de perforation.

Guérison par première intention.

OBSERVATION 5. — E. G. WATHERS

(Médical Journal and Record

tome CXXIII N° 1 6 Janvier 1926, p. 11)

PERFORATION DE LA VÉSICULE BILIAIRE. HÉMORRAGIE INTRA-PÉRITONEALE. CHOLÉCYSTECTOMIE. DRAINAGE AVEC MÈCHES ET DRAIN SOUS-HÉPATIQUE. GUÉRISON.

Femme de 63 ans qui souffrait depuis 10 ans de troubles digestifs augmentant depuis 6 mois, amaigrissement de 25 kilos; douleurs sourdes, intermittentes sus-ombilicales. Elle présenta 4 jours avant son entrée à l'Hôpital une crise abdominale aiguë : douleurs vives, ballonnement du ventre, vomissements noirâtres qui deviennent fécaloïdes, sueurs froides, température à 37°-2, pouls à 140. La distention abdominale et la douleur portaient principalement sur la partie inférieure gauche de l'abdomen : sonorité diffuse, sauf un peu de matité des flancs. Pas de douleur aiguë, ni de contraction, localisées dans les régions appendiculaire, vésiculaire, ou épigastrique. Au toucher, bombement des culs de sac vaginaux : l'examen du sang montre 20.000 globules blancs dont 85 % de polynucléaires, on fait le diagnostic d'occlusion intestinale. L'intervention d'urgence, à l'éther, consiste en une incision verticale et latérale droite. A l'ouverture de l'abdomen du sang libre occupe tout le ventre et le pelvis;

la vésicule rompue contient environ 200 calculs dont quelques-uns s'échappent dans l'abdomen par une perforation qui siège sur le col et intéresse l'artère cystique. Pas de pus dans le péritoine. Vu l'état précaire de la malade on se contente pour enlever la vésicule de placer deux clamps à demeure, l'un sur le col, l'autre sur le ligament cystico-hépatique lesquels assurent une bonne hémostase. Large drainage par une mèche et un drain cigarette au contact du cholédoque; fermeture partielle de la plaie.

On obtient la guérison après des suites immédiates graves par complication pulmonaire. Ecoulement de la bile par la plaie, pas d'obstacle au cours de la bile dans le cholédoque. La mèche est raccourcie progressivement puis enlevée au 10^e jour, le drain au 20^e jour. La malade sort guérie à la cinquième semaine.

Examen histologique. — Cholécytite hémorragique, greffée sur une cholécytite chronique lithiasique.

OBSERVATION 6. — DARNER ET CULLEN

(*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, nov. 1923, p. 584, cas 11)

Homme. 20 Juin 1920. Antécédents cardiaques et rénaux. Symptômes vésiculaires depuis 15 ans. La crise actuelle dure depuis 3 semaines. A l'opération, on trouve 300 calculs, et une perforation de la vésicule biliaire. Drainage de la vésicule. Mort le 15^e jour avec un syndrome cardio-rénal.

OBSERVATION 7. — DARNER ET CULLEN

(*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, nov. 1923, p. 584, cas 10)

Femme. 6 Février 1904. Diagnostic : rupture de la vésicule biliaire. Ablation d'un calcul, drainage de la vésicule perforée. Mort le 3^e jour de pneumonie post-opératoire.

OBSERVATION 8. — DARNER ET CULLEN

(*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, nov. 1923, p. 589, cas 17)

Femme. 14 Juin 1920. Leucocytes : 9.000. Symptômes vésiculaires. Incision surs le muscle droit. Gros foie, péritoine épaissi. Du tissu oedémateux autour de la vésicule biliaire. Paroi vésiculaire épaisse de 3 à 4 millimètres. Zône verdâtre en un point, avec perforation de la vésicule. Ablation d'un calcul long de 2 cm. Drainage de la vésicule. Guérison. Revu en bon état plus d'un an après l'intervention.

CONCLUSIONS

1° Les ruptures spontanées de la vésicule biliaire demeurent une affection rare.

2° Les femmes y sont plus prédisposées.

3° L'âge moyen est de 50 ans environ.

4° La perforation siège le plus habituellement près du fond.

5° Le diagnostic est très difficile et n'est faisable que dans deux conditions :

a) Lorsqu'on voit le malade de manière assez précoce pour que de l'examen physique on puisse tirer des signes de localisation : douleurs à la pression et contracture du quadrant supéro-droit de l'abdomen.

b) Lorsqu'il existe des antécédents nets de lithiase vésiculaire.

Lorsque ces deux conditions se trouvent réunies, on doit faire le diagnostic.

A défaut de diagnostic exact de la lésion, il est de toute importance de faire le diagnostic d'intervention : les signes généraux et locaux sont ordinairement tels que l'indication opératoire n'est guère discutable.

Le diagnostic de la lésion sera facilement fait, au

cours de l'intervention, du fait de la présence de bile dans l'abdomen.

6° L'opération comprend 3 temps :

a) Traitement de la lésion vésiculaire, soit par cholécystectomie si les conditions sont favorables, soit par drainage immédiat ou médiat de la vésicule.

b) Drainage et isolement de l'espace sous-hépatique infecté au moyen de drains et de mèches.

c) Drainage du cul-de-sac de Douglas au moyen d'un gros tube de caoutchouc.

L'opération pour perforation de la vésicule lithiasique est avant tout une opération de drainage.

7° La mortalité post-opératoire est d'environ 50 %, la mort est due presque toujours au progrès de l'infection péritonéale, plus rarement à des complications pulmonaires.

Si le mode de traitement de la vésicule ne semble pas avoir une grande influence sur les résultats immédiats de l'opération, l'abandon de la vésicule malade peut constituer un danger pour l'avenir. Dans les cas où l'on a pas fait la cholécystectomie d'emblée, il est sage de la faire secondairement au bout de quelques semaines.

Vu le doyen,
ROGER

Vu le Président de la Thèse,
LEJARS

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages consultés

- AIEVOLI. — Chirurgie de la perforation de la vésicule biliaire en péritoine libre (Riforme Médica 1925 N° 36, p. 850).
- BERTONE. — Note sopra un caso di rottura spontanea delle coleciste (Riforma medica 1926, p. 32/34).
- BONAMY. — Trois cas de ruptures de la vésicule biliaire (bull. Société des Chirurgiens de Paris, 21 Janvier 1927).
- BORDES. — Des perforations de la vésicule calculeuse (Thèse de Lyon 1906).
- BRICKA. — Perforations spontanées de la vésicule biliaire (Thèse de Lyon 1899).
- CHENUT ET GUÉRIN. — Péritonite biliaire généralisée avec intégrité apparente des voies biliaires. (Journal de Médecine de Bordeaux N° 15 1926).
- COTTE ET ARNAUD. — (Revue de chirurgie Mars 1911, p. 338).
- COTTE. — Traitement chirurgical de la lithiase biliaire et de ses complications (Thèse de Lyon 1908).
- DARNER ET CULLEN. — (Surgery gynecology and obstetrics. Nov. 1925, p. 584).
- DELAHAYE. — Rupture spontanée des canaux biliaire dans le péritoine libre au cours de la lithiase (Thèse de Lille, 1918).
- FIFIELD. — Perforation et rupture de la vésicule biliaire (Brit. med. Journ. 9 Octobre 1926, p. 365).
- FLEYS. — Rupture spontanée des voies biliaires dans le péritoine (Thèse de Paris, 1899).

- GOSSET, DESPLAS ET BONNET. — Perforation de la vésicule biliaire en péritoine libre (Journ. de chirurgie T. XXV N° 3 Mars 1925).
- HARTIG. — Beitrage zur perforation und necrose der gellenblase (Beitr. X. Z. Klin Chir 1910 t. LXVIII).
- HARTMANN. — Rapport sur le traitement des péritonites aiguës (24° Congrès français de chirurgie 1911, p. 373).
- MARCONNET. — Contribution à l'étude des perforations des voies biliaires dans le péritoine libre au cours de la lithiase (Thèse de Lyon 1911).
- NOETZEL. — (Archiv. F. Klin Chir XLIII).
- PAUCHET. — (Bull. Société chir. de Paris, Janvier 1927).
- QUÉNU. — (Société de Chirurgie 2 Mai 1906, p. 463). — Société de chir. 21 Décembre 1910).
- THEBAULT. — (Thèse de Paris 1912).
- WATERS. — (Médic. J. and Rec. N. Y. 1926, p. 11).

Ouvrages non trouvés

- BOTTISELLO. — (Rivista di chirurgica como 1925) IX, p. 10 à 21).
- KAISER. — (Zentral bl. p. chirurgie 1925, p. 1257).
- MEREDITH. — (Penn M. J. Athers 1920, XXIV, p. 463).
- OHLY. — (Munch med Wochenschrift 1925, p. 1598).
- RUDDER. — (Indiana polis M. J. 1920 XXIII, p. 473).

